

医療施設長 様

鹿児島市医師会臨床検査センター

センター長 上ノ町 仁

## 風疹クーポンの検査依頼書記入について（お願い）

日頃より当検査センターをご利用いただき、誠にありがとうございます。

厚生労働省による「風しんの追加的対策」のクーポン専用項目として下記の項目を実施しておりますが、依頼書でご依頼される場合は、**左上の連絡事項欄に項目名をご記入下さい**ますようお願いいたします。

該当項目をご依頼いただく際はご確認くださいませますようよろしくお願い申し上げます。

記

### ■ 対象項目 風疹ウイルス IgG（CLEIA）クーポン

### ■ 医師会専用 O C R 依頼書への「クーポン専用項目」記入例

**連絡事項欄へ対象クーポン項目の記入をお願い致します。**

臨床検査依頼書 (提出用)

依頼日 年 月 日

医療施設名

依頼書番号  
検査検査番号  
182510005 012

連絡事項

検体種を〇で囲んで下さい。

患者氏名 (カタカナでご記入下さい。姓と名は1文字ずつ、タウ点・半ダク点は1文字とする。小文字は枠下半分に入)

性別 生年月日 カルガ番号・患者番号 (数字のみ記入)

男 女 明 大 筋 平 年 月 日

外 入 病 取 日 採取時間 食事 送付 留存量(ml)

大 入 月 日 時 分 前 後

診察科・コメント

医療施設コード 別館コード 経路管理欄 連携コード

風疹ウイルスIgG (CLEIA) クーポン

症状別セット

01: 全身1 02: 全身2 03: 前部1 04: 前部2 05: 後部 06: 黄血 07: 血球計算1 08: 血球計算2 09: 出血傾向 10: 小児全身 11: 小児感染1 12: 小児感染2 13: 小児脱水 14: 小児肝1 15: 小児肝2 16: 小児生体検査 17: 小児シラ1 18: 小児シラ2 19: 一般生体検査 20: 泌尿器検査 23: 学術調査検査 30: 妊婦検査 51: 肝炎 52: 高熱性肝障害 53: 肺炎 54: 胃疾患 55: 心疾患 56: 糖尿病 57: 糖尿病経過 58: 高血圧 59: 甲状腺 60: D I C 61: 透析1 62: 透析2 63: 透析リウマチ 64: 痛風 65: C K D

専用セット

31: A 32: B 33: C 34: D 35: E 36: F 37: G 38: H 39: I 40: J 41: K 42: L 43: M 44: N 45: O 46: P 47: Q 48: R 49: S 50: T 51: U 52: V 53: W 54: X 55: Y 56: Z

生化学検査

23: 総蛋白 24: アルブミン 25: A/G 比 26: 尿酸 27: 尿酸飽和度 28: 尿酸飽和度 29: 尿酸飽和度 30: 尿酸飽和度 31: 尿酸飽和度 32: 尿酸飽和度 33: 尿酸飽和度 34: 尿酸飽和度 35: 尿酸飽和度 36: 尿酸飽和度 37: 尿酸飽和度 38: 尿酸飽和度 39: 尿酸飽和度 40: 尿酸飽和度 41: 尿酸飽和度 42: 尿酸飽和度 43: 尿酸飽和度 44: 尿酸飽和度 45: 尿酸飽和度 46: 尿酸飽和度 47: 尿酸飽和度 48: 尿酸飽和度 49: 尿酸飽和度 50: 尿酸飽和度 51: 尿酸飽和度 52: 尿酸飽和度 53: 尿酸飽和度 54: 尿酸飽和度 55: 尿酸飽和度 56: 尿酸飽和度 57: 尿酸飽和度 58: 尿酸飽和度 59: 尿酸飽和度 60: 尿酸飽和度 61: 尿酸飽和度 62: 尿酸飽和度 63: 尿酸飽和度 64: 尿酸飽和度 65: 尿酸飽和度

\* 試薬供給不足の可能性のある他法（H I 法、E I A 法）を希望される場合は、事前に検査センターへお問い合わせください。

以上